

**AUFKLÄRUNGS- UND
DOKUMENTATIONSBOGEN
SCHUTZIMPFUNG COVID-19**

DATEN DER ZU IMPFENDEN PERSON		
Familienname*	Vorname*	Titel
	Geschlecht*: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*	Sozialversicherungsnummer* (alle 10 Ziffern)	
Adresse (PLZ, Ort, Straße/Hausnummer)		
Telefonnummer	E-Mail-Adresse	

Gegebenenfalls Name der/des gesetzlichen Vertreterin/gesetzlichen Vertreters

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE UNTEN STEHENDEN FRAGEN (Zutreffendes ankreuzen)		JA	NEIN
1	Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung oder Infektion ? (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere) Wenn ja, woran? <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Besteht eine Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe von Impfstoffen (z.B. Polyethylenglykol)? Wenn ja, welche? <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Falls derzeit eine Injektionstherapie gegen allergieauslösende Stoffe durchgeführt wird: Wann war die letzte Verabreichung? Wann ist die nächste Verabreichung geplant? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20%;"></div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Besteht eine angeborene oder erworbene Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung oder werden Medikamente eingenommen, die das Immunsystem schwächen (z.B. Cortison, Immunsuppressiva, Zustand nach Organtransplantation)? Wenn ja, welche? <div style="border: 1px solid black; width: 40%; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wird derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie durchgeführt oder besteht eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Liegen schwere oder chronische Erkrankungen (z.B. Autoimmunerkrankungen, chronisch entzündliche Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks, Epilepsie) vor? Wenn ja, welche? <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Wurde vor kurzem eine eingreifende Behandlung (z.B. Operation) durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Besteht eine Schwangerschaft ? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung ? Wenn ja, welche und wann? <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Werden regelmäßig Medikamente zur Blutverdünnung verabreicht? Wenn ja, welche und wann? <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Bestanden in der Vergangenheit nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Nach der Impfung gegen COVID-19 treten oft Reaktionen auf den Impfstoff auf, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder enden. An der Impfstelle können sehr häufig Schmerzen, Rötung und Schwellung auftreten. Darüber hinaus kann es sehr häufig zu Müdigkeit, Kopf-, Muskel- oder Gelenkschmerzen, Lymphknotenschwellung, Übelkeit/Erbrechen, Frösteln oder Fieber kommen. Sehr häufig bedeutet, dass mehr als 1 von 10 geimpften Personen betroffen sind. Zu Details wird auf die beiliegende Gebrauchsinformation verwiesen. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich die Gebrauchsinformation zum genannten Impfstoff gelesen und verstanden habe oder dies für mich ausreichend erklärt wurde. Ich konnte mich dort über mögliche Nebenwirkungen und Umstände, die gegen meine Impfung sprechen, informieren.
- dass ich Nutzen und Risiko der Impfung dadurch ausreichend verstehe und daher kein weiteres persönliches Gespräch benötige,
- dass ich mit der Durchführung der kostenlosen Schutzimpfung einverstanden bin, und
- dass ich darüber informiert bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Impfstoffregister gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 vorgesehen ist (siehe <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Wenn Sie mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung durch eine Ärztin/einen Arzt benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT.

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) oder entscheidungsunfähigen Personen ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung (Erziehungsberechtigte/Erziehungsberechtigter oder Erwachsenenvertreter/Vorsorgebevollmächtigter) der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Entscheidungsfähigkeit besitzen.

Datum

Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung noch 20 Minuten in Reichweite der Ärztin/des Arztes.

Nebenwirkungsmeldungen können von geimpften Personen/deren Angehörigen durchgeführt werden, Ihre betreuende Ärztin/Ihr betreuender Arzt und Ihre Apothekerin/Ihr Apotheker sind sogar dazu verpflichtet. Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder Ihre Apothekerin/Ihren Apotheker, melden Sie diese direkt online unter <https://www.basg.gv.at> oder kontaktieren Sie 0800 555 621.



VON DER IMPFSTELLE AUSZUFÜLLEN

Impfstelle/Organisation*
(Vertragspartnernummer, wenn vorhanden)

Raum für ärztliche Anmerkungen
 Vorbereitung durch Dritte

Oberarm links
 Oberarm rechts

Vereinbarter Impfstoff*: BioNTech/Pfizer: Comirnaty Moderna: mRNA-1273

sonstiger Impfstoff

Impf-Dosis*: 1. Dosis 2. Dosis

Chargennummer* (LOT oder Ch.B)

Impfdatum*

Name der impfenden Person
(falls abweichend von verantwortlicher Ärztin/verantwortlichem Arzt)

Name der verantwortlichen Ärztin/
des verantwortlichen Arztes*

Unterschrift der verantwortlichen Ärztin/des verantwortlichen Arztes

Bürgerin/Bürger nicht eindeutig identifizierbar